CONDUITE A TENIR DEVANT UNE BRÛLURE CAUSTIQUE DE L'OESOPHAGE

DOCTEURS/ FENNICHE N
AMRANI I

INTRODUCTION

- *Lésions oesophagiennes II[aires] à l'ingestion d'un produit chimique capable de détruire par contact la structure des tissus organiques.*
- *Urgence + + +*
- *PEC multidisciplinaire*
- *Le bilan initial endoscopique → l'inventaire des lésions digestives et respiratoires qui conditionnent le PC et commandent la stratégie thérapeutique*

ÉPIDÉMIOLOGIE

1) TERRAIN:

Adulte
- → Plus souvent volontaire +++(but suicidaire)
- → Rarement accidentelle favorisée / intoxication alcoolique aigue

Enfant : +++ accidentelle / négligence des parents

2) PRODUITS EN CAUSE : 03 types

- ✓ Acides forts → nécrose de coagulation
- ✓ Bases fortes → nécrose de liquéfaction
- ✓ Oxydants → brûlures thermiques par dégagement de la chaleur

En ALgérie :*Eau de Javel * Acide de Batterie * Olivette *Esprit de sel

CONDUITE A TENIR PROPREMENT DITE

1) Avant l'hospitalisation:

- ✓ À domicile et pendant le transport

2) À l'hôpital :

- ✓ Évaluer la gravité (éliminer une complication)
- ✓ Bilan endoscopique
- ✓ Prise en charge thérapeutique en fonction de l'endoscopie

AVANT HOSPITALISATION

- Certains gestes sont à proscrire afin de ne pas aggraver les lésions déjà constituées:
  - Faire vomir le patient
  - Sonde gastrique
  - Administration des produits par voie orale

IL N'EXISTE PAS D'ANTIDOTE

- Diriger le patient vers un centre H disposant d'une équipe multidisciplinaire(anesthésiste, Réa, chirurgien, endoscopiste)

A L'HOPITAL

ETAPE CLINQUE:

Interrogatoire : produit(nature, [ ], V3,heure) /mdct/ terrain

examen clinque complet ➔ rechercher une complication immédiate

État hémodynamique, respiratoire, neurologique, perforation ,ORL

BILAN PARA CLINIQUE:

Biologique

Groupage sanguin, FNS+ bilan CIVD, Urée, Creat, Gazométrie

Ionogramme Sanguin et urinaire

Radiologique:

TLT :
- * Pneumomediastin
- * Pneumopéritoine
- * Épanchement pleural

ASP: * Pneumopéritoine

Au terme de ce bilan: 02situations se présentent

Forme compliquée

- *Détresse respiratoire*
- *Perforation*
- *Hémorragie massive*
- *Troubles neuropsychiques*

Forme non compliquée

- *Bilan endoscopique*

formes compliquées

Détresse respiratoire

- Éviter le décubitus dorsal
- Désobstruction oropharyngée
- Oxygénation/ voie nasale
- Mep 1 ou 02 voies d'abord veineuses périphériques ou une voie centrale
- CTC à forte dose:œdéme laryngé
- Intubation difficile
- Trachéotomie

Chirurgie en urgence

- État de choc hypovolémique persistant malgré la Réa
- signes cliniques ou radiologiques de perforation oesogastrique
- Troubles neuropsychiques en absence de prise d'alcool et de psychotropes
- CIVD
- Acidose métabolique
- Insuffisance rénale aigue

Formes non compliquées

Bilan endoscopique

- **La FOGD** : Principal examen morphologique initial

1-Intérêt: Dc –TRT et Pc

2- conditions:

- ✓Patient stable
- ✓précoce 6-24h/ CI après 48h
- ✓Examen sous contrôle de la vue + prudence
- ✓Faible insufflation / aspiration maximale
- ✓Retrovision proscrite
- ✓examen doit être complet

3- résultats : classification endoscopique

- **ENDOSCOPIE BRONCHIQUE :**

★Systématique en cas de lésions sévères des 2/3 > de l'œsophage en raison du risque de mediastinite par diffusion transoesophagienne du caustique, de régurgitation et d'inhalation massive

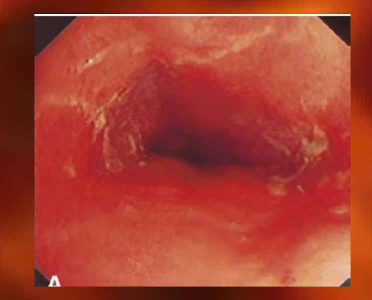
- Elle est indispensable au choix d'une stratégie chirurgicale

Stade 0



Stade IIa







normal

Érythème/pétéchies

Ulcérations linéaires ou arrondies

CLASSIFICATION ENDOSCOPIQUE

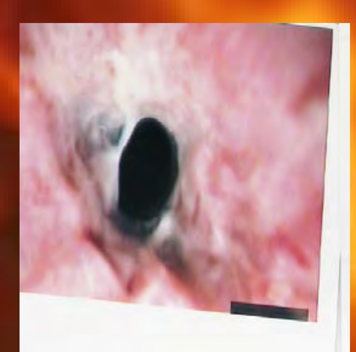


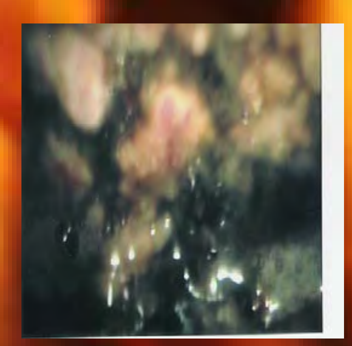
Stade IIb

stade III a

Stade IIIb







Ulcérations Circulaires/ confluentes

Nécrose localisée

Nécrose diffuse

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

- Stade 0,I: alimentation orale immédiate
- Stade III B: endoscopie bronchique

Lésions sévères : nécrose

plastie tracheo bronchique:
Débute/ une thoracotomie exploratrice
segment dorsal du lobe > droit.
suturé aux anneaux trachéaux et à la membraneuse saine afin que le parenchyme pulmonaire recouvre parfaitement la lésion sans fuite aérienne

Pas de lésions sévères

stripping oesophagien:
oesophagectomie totale à thorax fermé par double voie d'abord cervicale et abdominale + Jejunostomie et œsophagostomie cervicale.



Stratégie thérapeutique : autres stades

- *Réa intensive hydroelectrolytique*
- *Mise au repos du tractus digestif jusqu'à cicatrisation*
- *des lésions:*
  - ♣ *Hyperalimentation parentérale totale ou entérale par jéjunostomie en cas de lésions sévères.*

- *Antibiotiques.*
- *Antalgiques: éviter les morphiniques (peuvent masquer un sd péritonéal).*
- *Corticoïdes: controversés.*
- *Surveillance des complications II aires+++*

STRATÉGIE NUTRITIONELLE

II A : NPT pendant une semaine

↓

contrôle endoscopiques à J8

- **améliorations des lésions** → **alimentation peros**
- **absence d'amélioration** → **NPT 21 J** → **FOGD J21**

II B III A: NPT pendant 03 semaines

↓

FOGD J21

- **Amélioration** → **Alimentation peros**
- **Persistance de lésions** → **Jejunostomie ou dilatation précoce 4ème ou 5ème S**

ÉVOLUTION

- Favorable pour stade 0, I , II a
- Emmaillée de complications pour les autres stades:

Précoces:

✶ Infectieuse

✶ Perforation

✶ Hémorragie

✶ Fistules

Tardives:

✶ Sténose

✶ Dégénéréscence: Kc oeso

↓

Après 20 à40ans d'évolution (traumatisme iatrogène)

↓

Surveillance endoscopique régulière après 2(an



BILAN DÉFINITIF: fin du 3ème mois

- Examen ORL =>rechercher une sténose associée pharyngée ou pharyngolaryngée

Si une oesophagoplastie est proposée : fixer le siège d'anastomose cervicale en zone saine ou cicatricielle stabilisée sur œsophage ou pharynx

- TOGD: étendue et siège des lésions oesogastriques (sténoses)

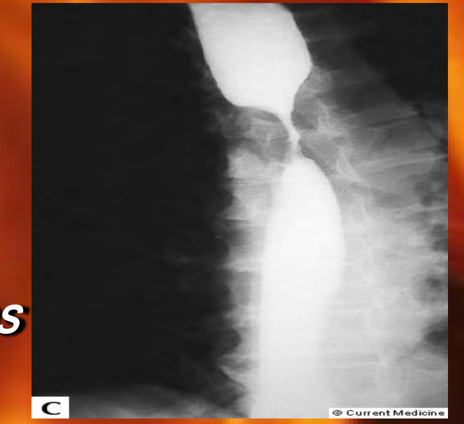
LA PEC DES SÉQUELLES:

TRT long et délicat

Fait appel

- dilatations endoscopiques

pour sténoses courtes et annulaires

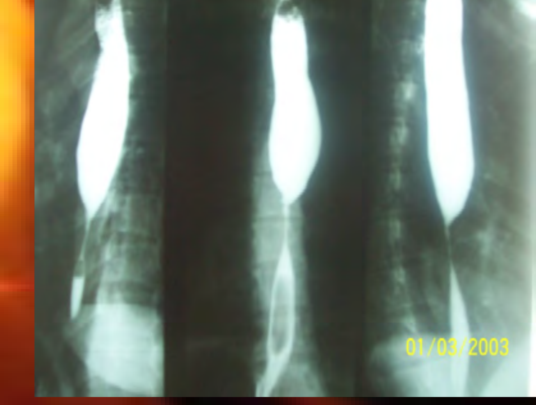




- Oesophagoplastie gastrique ou ileocolique droite isoperistaltique pour sténoses

longues, rigides et sinueuses

car dilatations : inefficaces et dangereuses



CONCLUSION

- L'attitude TRT à adopter devant une brûlure caustique de l oesophage est actuellement bien définie

- Cependant les résultats ne sont pas toujours satisfaisants et compte tenu de la gravité de telles lésions :

Il est indispensable d'intensifier les mesures prophylactiques par:

- Des compagnes d'informations auprès des consommateurs et par l'institution de règles concernant la commercialisation de tels produits